O LAPAROTOMII

JAKO ŚRODKU LECZNICZYM

W NIEDROŻNOŚCI JELIT

NAPISAŁ

PROF. DR. OBALIŃSKI.

KRAKÓW.

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1888.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1888. Nr. 39, 40 i 41.

O laparotomii jako środku leczniczym w niedrożności jelit [1]).

Podał

Prof. Dr. Obaliński.

Jak publiczność szersza a nawet lekarze od najdawniejszych czasow zapatrywali się na niedrożność jelit, malują z jednéj strony nazwy do oznaczenia téj choroby używane (przewrócenie kiszek, miserere), z drugiéj zaś środki, które w celu usunięcia téjże podawano a osobliwie rtęć, którą we wielkiéj ilości do przewodu pokarmowego wprowadzano. Czy już w starożytności przyszli byli lekarze na ów racyjonalny sposób mechanicznego bezpośredniego odwikłania jelit za pomocą otwarcia jamy brzusznéj, nie zdaje się być prawdopodobném, gdyż nowsze badania przekonywają coraz bardziéj, że przypadki, które jako dowód dotąd przytaczane bywały, dotyczyły uwięźniętych zewnętrznych przepuklin.

Pewne ślady przedsięwziętéj w powyższym celu laparotomii znajdujemy dopiero w 17ym wieku i to tylko jako wzmiankę o szczególniejszéj odwadze chirurga, który się na taką porwał operacyję.

[1]) Wykład miany na V. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Dopiero należyty rozwój anatomii patologicznéj poucza lekarzy o właściwych przyczynach owych strasznych przypadów objętych ogólną nazwą „ileus“, przeto téż odtąd możemy dopiero mówić o laparotomii wykonywanéj w celu usunięcia niedrożności jelit jako o operacyi ściśle naukowo uzasadnionéj. Słusznie téż uważają Rokitańskiego jako duchowego sprawcę rozszerzenia się téj operacyi.

To téż statystyczne prace jéj poświęcone rozpoczynają szereg swych wyliczeń od przypadków z pierwszéj ćwierci bieżącego stulecia. Jedną z najwybitniejszych prac w tym kierunku jest praca Dra Schramma z kliniki prof. Mikulicza, w któréj tenże bardzo gorąco przemawia za laparotomiją wykazując, że śmiertelność jéj zmniejszyła się od czasu antiseptyki z 73% do 58%, że jakkolwiek śmiertelność przy użyciu enterostomii jako metody wykończonéj może być mniejszą, laparotomija jako metoda jeszcze niewyrobiona zdolną jest do rozwoju i ma wielką przyszłość przed sobą a to témbardziéj, że w przypadkach odpowiednich daje możność radykalnego usunięcia złego, w przypadkach zaś mniéj przydatnych pozwala na wykonanie enterostomii w miejscu wyborowém a nie na ślepo.

Nie dziwię się przeto, jeżeli słynny chirurg paryski Nélaton w pierwszéj połowie bieżącego wieku postawił jako zasadę wykonywanie ileostomii w obec przypadów niedrożności przewodu pokarmowego; złe bowiem rezultaty osiągane podówczas przez laparotomiję wcale go nie zachęcały do zalecania téj metody.

Z wprowadzeniem antiseptyki i po wykazaniu tak świetnych wyników przez nią osiągniętych osobliwie w zakresie chirurgii jamy brzusznéj, mnożą się téż niepomiernie i laparotomije przedsiębrane w przypadkach niedrożności jelit. Okoliczność jednak, że w wielu przypadkach przedsiębraną była za późno, odstraszyła wielu internistów jak i niektórych chirurgów i stworzyła przez to reakcyję, któréj najdobitniejszym wyrazem były prace Krönleina i Czernego, osobliwie zaś praca tego ostatniego, brzmiąca w streszczeniu jak następuje: „Że wyszukiwanie przyczyny niedrożności

jelita przez laparotomiję wskazaném jest tylko natenczas, gdy siły chorego są dobre, brzuch miękki nienapięty i gdy przynajmniéj siedzibę zapory jako tako przez obmacywanie oznaczyć możemy. We wszystkich innych przypadkach niedrożności radzi on stósować ileotomiję jednoczasową z bardzo szczupłym otworem".

Nad tą kwestyją zastanawiały się także i ciała zbiorowe, które, jakkolwiek nic tutaj jak i w każdéj kwestyi naukowéj w ogóle przez głosowanie powszechne dobrego sprawić nie mogą, ale zawsze stawiając taki temat na porządku dziennym zwabiają tym sposobem specyjalistów i dają sposobność do dyskusyi między nimi, która zawsze choć w części rzecz wyjaśnia i do nowych prac zagrzewa.

Pouczającą była dyskusyja, którą odbyła nad tym tematem British Medical Association (1885), a w któréj brali udział: Greigh Smith, Shingleton Smith, Treves, Long Fox, Nelson, Dobson i Cross. Uczone to zebranie dochodzi do wniosku, że obecnie powinno być naszém staraniem najusilniejszém, dojść do pewnego rozpoznania, które najlepszym jest doradzcą, bo tam, gdzie rozpoznano przyczynę mechaniczną, należy zaraz przystąpić do laparotomii, gdzie zaś przeważają przypady zapalne stósować opium i beladonę a to pierwsze najlepiéj w postaci zastrzykiwań podskórnych morfinu. W przypadkach wątpliwych nie należy czasu tracić i szybko przystąpić do laparotomii.

Do zupełnie innego rezultatu doprowadziły narady niemieckich chirurgów na XVI zjeździe tychże w roku 1887 odbytym. Jakkolwiek referent prof. Madelung przeważnie zwrócił się do omawiania techniki operacyjnéj, któréj należyty rozwój uważał jako najlepszy sposób do poparcia laparotomii w niedrożności jelit, to jednak między wierszami daje się wyczytać jego zdanie, że jak na teraz jest on za użyciem enterostomii w przypadkach co do rozpoznania niejasnych. Toż samo przekonanie przebija we większéj liczbie zabierających głos (Schede, Mikulicz, Schönborn) chociaż i byli tacy, którzy do rozszerzenia zakresu laparotomii dążyli (Rydygier, Stelzner).

Towarzystwo lekarskie krakowskie zajmowało się także przed kilkoma laty tą kwestyją, przyczém tutaj jak i wszędzie pokazało się, że byłaby laparotomija najradykalniejszym sposobem leczenia niedrożności jelit, gdyby rozpoznanie téjże było pewniejszém; a gdy ja podówczas podniosłem kwestyję, że najlepiéj rozstrzyga w takich razach próbna laparotomija, doznałem w tém poparcia jedynie ze strony chirurgów (Mikulicz, Schramm), podczas gdy interniści i ginekologowie stanowczo przeciw temu wystąpili. (Patrz Przegląd Lek., 1884).

Z wdzięcznością przyjąłem od Wydziału gospodarczego V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich wezwanie, aby w kwestyi téj objąć referat a to témbardziéj, że w ostatnich kilku latach miałem niezwykłą sposobność szerokiego doświadczenia na tém polu. Śmiało to powiedzieć mogę, jeżeli zważę, że rozporządzam własnym materyjałem 33 przypadków, podczas gdy w Berlinie na kongresie chirurgicznym najwyższą cyfrę własnych przypadków wykazać mógł Schede, a ta wynosiła tylko 26 [1]). Pierwsze 20 przypadków ogłosiłem już po części w *Przeglądzie Lek.* (1884 i 1885) po części zaś w *Gazecie Lek.* (1885) i dla tego tutaj wymienię je tylko pokrótce dla łatwiejszego przeglądu; następne zaś przypadki dotąd nieopisane podaję niniejszém nieco obszerniéj do wiadomości szanownych kolegów.

Nr.	Nazwisko płeć.	Wiek.	Trwanie przypadów.	Leczenie przed operacyją.	Rozpoznanie przed operacyją.	Operacyja.	Rozpoznanie po operacyi.	Wynik.	Uwaga.
1	Aron Alter M.	20	4 dni	Srodki czysz. lawat.	Skręcen. jelita esowat.	Laparotomia	Skręcen. jelita esowat.	dobry	

[1]) Zaraz po niniejszym odczycie miałem sposobność wykonania pięć razy laparotomii z powodu niedrożności jelit, tak, że razem rozporządzam 38 przypadkami.

Nr.	Nazwisko. płeć.	Wiek.	Trwanie przypadów.	Leczenie przed operacyją.	Rozpoznanie przed operacyją.	Operacyja.	Rozpoznanie po operacyi.	Wynik.	Uwaga.
2	Karol K..... M.	63	5 dni	Środki czysz. lawat	Wgłob. i zapal. otrzewn. nast.	Laparot. Resectio intest. Enteroraph.	Sprawdziło się	śmierć	
3	Bronisława B. K.	18	8 dni przed tém	„	Strangulatio	Laparot. Enteroraph.	Strangul. Ulcera typhosa.	śmierć	Przy wkładan. jelit rozdętych jelito pękło w jednném miejscu.
4	Emil D..... M.	19	2 dni	„	Occlusio intes. int. ?	Laparot.	Perforat. proc. ver. Perit.pur	śmierć	Ulga.
5	żołnierz. M.	21	5 dni i przed tém	„	„	„	Strangul. Peritonitis.	śmierć	Ulga.
6	Wincenty. M.	26	8 dni	„	„	„	Torsio flexurae Periton.	śmierć	
7	Aron Alter M.	20	8 dni	„	Torsio flexurae. Perit.	„	Sprawdziło się	śmierć	Sekcyja wykazała przebicie się wrzodu tyf.
8	Agneszka Ch. K.	38	21 dni	„	Invagin. ileo-coecalis.	Lapar. Enterostomia	Sprawd. się i Peritonitis	śmierć	
9	Franciszek Sz. M.	37	4 dni	„	Occlusio intes. int. in typhoso.	Laparotomia.	Periton. circumscr. ad. ulc. typh.	dobry	
10	Anna I. K.	33	3 dni i przed tém	„	Strangulatio.	Laparotomia	Sprawdziło się	dobry	
11	Mojżesz B. M.	26	od 5u tygod.	„	Invaginatio	Laparotomia	Invaginatio	śmierć w 4 dniu	Z początk. polepszenie.
12	F. B. M.	62	4 dni	Taxis	Hernia ing. inc. Rep. spuria.	Laparotomia	Reposit. spuria hern. incarcer.	śmierć	

Nr.	Nazwisko. płeć.	Wiek.	Trwanie przypadów.	Leczenie przed operacyją.	Rozpoznanie przed operacyją.	Operacyja.	Rozpoznanie po operacyi.	Wynik.	Uwaga.
13	Sara N. K.	18	4 dni	Środki czysz.	Occlusio intestini subsq. Peritonitide	Laparotomia	Peritonitis perforativa	śmierć	
14	Ch. K.	30	6 dni	„	Occlusio intestini ?	„	Graviditas extra uterina	śmierć	
15	Maryjanna K., K.	89	kilka miesięcy	„	Strictura carcinomatosa	Laparotomia, Resectio int. et Enterorh	Strictura carcin. flexurae	śmierć	
16	Wojciech Zieliński	36	3 dni	„	Reduct. spuria hern. incarc.	Laparotomia	Sprawdziło się	dobry	
17	Matys Gelber M.	27	3 dni	„	Torsio	„	Torsio int. ilei	dobry	
18	Tomasz P. M.	43	5 dni	„	Occlusio intestin. sbsq. Peritonitid.	„	Peritonitis perforativa	śmierć	Zaraz po otwarciu jamy.
19	Antonina Nowakowska. K.	19	od 20 dni	„	Strictura post ulcera typh.	„	Flexura angular. int. ilei	dobry	
20	Franciszek C. M.	22	5 dni	Narcotica.	Peritonitis perforativa.	„	Torsio subseq. Periton.	śmierć	

W ciągu dalszym podaję dalszych 18 przypadków, które dotąd nie były jeszcze ogłoszone, których streszczenie wypaść zatém musi nieco obszerniéj.

21. Magdalena Banasikowa, lat 70 licząca, żebraczka z Krakowa. Miała przebyć tyfus w wieku młodocianym. Trawienie jéj zawsze było nieszczególne. Od 2 tygodni zaczęły się wytwarzać zwolna obecne przypady; t. j. ból brzucha, brak stolca i wiatrów, wzdęcie, wymioty i odbijanie. Na téj podstawie rozpoznano zwężenie jelita skutkiem wrzodów durzycowych a w obec dosyć jeszcze utrzymanych sił przystąpiono do lapa-

rotomii dnia 21 maja 1886. Po otwarciu jamy brzusznéj pokazało się, że prawie całe jelito biodrowe zamieniło się w bryłę bliznowatą, do któréj trudnym był nawet przystęp od rany pośrodkowéj. Gdy atoli po rozszerzeniu rany na bok rozpatrzyłem się i przekonałem, że tak wysoko założony sztuczny odbyt nie byłby odpowiednim a inne wyjście było niemożebném, zaszyłem napowrót jamę brzuszną a chora w 24 godzin późniéj w skutek wyczerpania sił umarła. Obecnie rozpamiętując ten przypadek żałuję, że nie padłem wtenczas na myśl wykluczenia z traktu pokarmowego całego jelita biodrowego przez założenie komunikacyi bezpośredniéj między jelitem czczém a kiszką poprzeczną. Nie wiem czy i takie postępowanie mogłoby chorą było ocalić a przynajmniéj jestto rzeczą bardzo wątpliwą, w każdym razie jest ono więcéj zalecenia godném niż założenie sztucznéj odbytnicy lub pozostawienie *in statu quo*.

22. Józef Gajda, lat 54 liczący, wyrobnik, cierpi na zatrzymanie stolca, wymioty i ból w brzuchu napadami co 5—10 minut powracający od 48 godzin, co nastąpić miało po dźwignięciu ciężaru.

Stan ogólny niedobry: Twarz blada, zapadnięta, tętno słabe. Na podstawie rozdęcia brzucha w kształcie czworoboku rozpoznałem skręt w kiszce esowatéj, a sądząc że łatwiéj mi będzie odkręcić to miejsce niż zakładać sztuczny odbyt, przystąpiłem do téj pierwszéj operacyi. Odszukanie jednak nie było łatwém z powodu znacznego rozdęcia jelit. Musiałem początkowe cięcie w linii białéj rozszerzyć aż powyżéj pępka, co dopiero umożliwiło przystęp do rzeczywiście skręconéj i zapadniętéj kiszki esowatéj. Tymczasem zaczął chory coraz bardziéj na siłach zapadać i pomimo wstrzykiwań eteru wyzionął ducha zaraz po ukończeniu operacyi.

Przyznać muszę, że w tym przypadku byłaby sztuczna odbytnica może mniéj chorego siły wystawiła na próbę.

23. Tomasz Kwaśniowski, lat 37, wyrobnik. Przypady trwają od 48 godzin. Brzuch wzdęty bez ruchu jelit antiperystaltycznego i z kształtem do czworoboku podobnym. Tyfus nie poprzedzał nigdy. Zapad sił znaczny. Rozpoznałem skręt kiszki esowatéj obok istniejącego już zapalenia otrzewny i przystąpiłem do laparotomii pomimo widocznie złego rokowania, aby ostatniego środka wypróbować. Cięcie zwykłe w białéj smudze nie wystarczyło; rozszerzono je ku górze obok i powyżéj pępka, poczém wydobywszy jednę część rozdętych jelit stwierdzono, że skrętu wcale nie ma tylko sama *peritonitis*. Gdy jelita nie dały się z powrotem włożyć, naciąłem je tuż powyżéj kątnicy, wypuściłem z $1^1/_2$ litra kału rzadkiego, zaszyłem ranę w jelicie

i dopiero udało mi się je odprowadzić. Jamę brzuszną wypłukano i zaszyto. Śmierć nastąpiła w godzinę po operacyi. I w tym przypadku przyznaję, że byłoby więcéj na miejcu założenie sztucznéj odbytnicy, chociaż w obec ogólnéj *peritonitis* rokowanie było więcéj niż niepewném.

24. Andrzéj Pawlikowski, lat 37, kominiarz. Przypady zupełnéj niedrożności trwają 8 dni, podczas gdy rozpoczęły się one właściwie od miesiąca. Po kilkodniowéj obserwacyi przypuszczać można było tylko niedrożność z powodu zwężenia światła bez dokładnego jednak oznaczenia natury i rozległości tegoż; tak samo nie można było dokładnie oznaczyć siedziby niedrożności, albowiem raz guz twardszy zdawał się siedzieć w okolicy kątnicy, drugi raz po stronie przeciwnéj. Przy laparotomii dokonanéj 17 grudnia 1886 r. znalazłem kiszkę esowatą zajętą naciekiem zbitym do ściany tylnéj przytwierdzonym a gruczoły krezkowe powiększone. Wydobyłem więc kiszkę powyżéj guza, naciąłem ją poprzecznie, wypuściłem kilka litrów nagromadzonego powyżéj kału a potém brzegi téj rany zeszyłem z brzegami rany brzusznéj. Stan chorego znacznie się poprawił tak że mógł w kilka tygodni późniéj (zapoznawszy się z manipulacyją koło sztucznego odbytu) odjechać do domu. Jaki jego stan obecny w obec tego, że naciek w kiszce uważać musiałem za rakowy, nie jest mi wiadomém.

25. Józef Hinner, lat 45, cieśla, przybył na oddział ósmego dnia choroby, która powstała nagle bólami w brzuchu, wzdęciem tegoż, zatrzymaniem stolca i wymiotami. Gdy środki czyszczące nie pomagały a siły chorego były dosyć dobre, przystąpiono do laparotomii, która wykryć pozwoliła pasmo przebiegające od sieci ku kątnicy grubości małego palca, mocno naprężone i kątnicę uciskające. Pasmo to rozcięto i jamę brzuszną zaszyto. Zaraz po operacyi odchodzą wiatry a na trzeci dzień dwa obfite stolce. Rana zagojona *per primam.* Nagle szóstego dnia przystępuje zapalenie płuc, które kładzie kres życiu. Przypadek ten uważam naturalnie jako z niedrożności wyleczony.

26. Lajzor Beck, lat 42, przekupień. Przed 4ma dniami odprowadził mu jakiś żyd przepuklinę uwięźnioną gwałtem do brzucha, odtąd bóle i wymioty nietylko nie ustąpiły lecz się nawet pogorszyły. Brzuch wzdęty znacznie okazuje w okolicy pachwinowéj lewéj sińce jakby od palców, a tuż ponad niemi wyczuć się daje w głębi opór guza sporéj pięści. Laparotomija w linii środkowéj, odszukanie guza z wchodzącą weń pętlą jelitową, przecięcie worka przepuklinowego, uwolnienie jelita, które okazało się w trzech miejscach nadżartém, wymaczanie dokładne wody przepuklinowéj, która po otwarciu worka do jamy brzu-

sznéj się dostała, resekcyja 35cm. jelita i enterorafija po wypuszczeniu kału z doprowadzającego końca. Zaraz po operacyi zapad sił, których już przedtém nie wiele było, znaczny a w 3 godziny późniéj zupełne wyczerpanie i śmierć.

27. Frajda Rublowna, lat 14 licząca, dziewczynka, zachorowała według podania przed 24 godzinami po zjedzeniu większéj ilości czereśni będąc poprzednio zupełnie zdrową. Z początku stósowano środki czyszczące, gdy jednak ani wymioty ani ból brzucha nie ustępował a nadto zaczął się pojawiać zapad, przysłano ją do mnie celem przedsięwzięcia laparotomii. Brzuch wzdęty, wymioty, brak stolca i wiatrów, cieniowanie się konturów jelit. Po otwarciu jamy brzusznéj znalazłem całą otrzewnę zasianą drobnemi białemi guzkami gruźliczemi. Po wypłukaniu jamy brzusznéj ciepłym borem zaszyto ją. W 24 godzin śmierć.

28. Anna Liszkiewiczowa, lat 29. Przed 3ma laty przebyła jakąś chorobę w brzuchu z bólami połączoną, potém była zdrowa, aż przed tygodniem wystąpiły objawy niedrożności. Środki czyszczące nie sprowadziły skutku. Brzuch pośrodku kulisto wzdęty, wymioty, czkawka. Po otwarciu jamy brzusznéj natrafiono zaraz na kłąb składający się ze zrośniętych ze sobą jelita czczego, biodrowego i poprzecznicy i to za pomocą dosyć sporych taśm, które porozcinano i przekonawszy się, że zapadnięte dotąd jelita zaczęły się gazami wypełniać, brzuch zaszyto. Stolce pojawiły się zaraz w kilka godzin po operacyi. W 3 tygodnie wyszła zdrowa do domu.

29. Gitla Feuerowa, lat 46, żona rzeźnika, przyjęta na oddział chorób wewnętrznych z powodu cierpień w przewodzie pokarmowym, od kilku miesięcu prawie bez przerwy się powtarzających. Na podstawie częstego zaparcia stolca połączonego z bólami umiejscowionemi zawsze do jednego miejsca, w którém znaczniejszy czuło się opór, mianowicie w okolicy kątnicy, daléj występującego czasem odęcia brzucha z wybitnym ruchem jelit antiperistaltycznym przypuszczano zwężenie lub kątowate nagięcie jelita i radzono usunięcie radykalne przeszkody przez laparotomiję. Wykonałem ją 10 sierpnia 1887, przyczém znalazłem kątnicę bardzo ruchomą o niezwykle długiéj krezce a 30cm. powyżéj od niéj jelito okręcone około siebie. Ułożywszy jelita należycie zaszyto brzuch a chora w 11 dni późniéj opuściła zakład zdrowa.

30. Rozalija Bodzoniowa, lat 30, żona ślusarza. Opierając się na wywiadach stwierdzających trwanie chronicznéj obstypacyi od lat trzech, wśród któréj występują groźne przypady niedrożności najprzód co kilka miesięcy, późniéj co kilka tygodni, a w ostatnich czasach prawie nieustannie, daléj na stwierdzeniu

brzucha mocno wzdętego kształtu kopuły, jelit mocno rozdętych i ruch swój przez ścieńczałe powłoki brzuszne markujących, wymiotów obfitych i częstych, a w końcu na nieustępowaniu tych przypadów pomimo stolców wywołanych silnemi czyśćcami, rozpoznawano albo zwężenie, albo kątowate zagięcie jelita i postanowiono wykonać laparotomiję. Po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono jelita rozdęte, kiszki zapadnięte a kątnicę z prawéj strony pomieszczoną na lewo, twardą, naciekłą, do tylnéj ściany brzusznéj przytwierdzoną i gruczołami powiększonemi otoczoną, tak że zdawało mi się nie ulegać wątpliwości, że mam przed sobą naciek rakowaty i to niemogący być za pomocą resekcyi usuniętym. Dla tego, bez długiego namysłu, założyłem sztuczną odbytnicę powyżéj tego miejsca. Tylko przez kilkanaście dni odchodził kał przez sztuczną odbytnicę, późniéj zaczął odchodzić po połowie obydwiema drogami; po miesiącu zaś przeważnie drogą naturalną a przetoką tylko kiedy niekiedy i to w bardzo małéj ilości. Nadto stwierdziliśmy, że obrzęk, który po opadnięciu brzucha dawał się dokładnie przez powłoki brzuszne wymacać w wielkości sporéj pięści, znikł po miesiącu prawie zupełnie, tak iż początkowe rozpoznanie nacieku rakowatego zamienić musieliśmy na naciek zapalny.

31. Majłech Fürst, lat 46, propinator. Przed tygodniem wystąpił ból po stolcu a odtąd przypady niedrożności jelit coraz bardziéj się wzmagające i różnym środkom czyszczącym nieustępujące. Na podstawie wybitnie rysującéj się poprzecznicy przypuszczano zaporę w kiszce esowatéj i tam téż ją zaraz po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono. Rozdęcie jelit powyżéj było tak znaczne, że musiano trójgrańcem wypuścić gazy, aby można było odprowadzić znaleziony skręt. Z obawy wydostania się kału przez zrobiony otwór założono w tém miejscu sztuczną odbytnicę. Początkowo odchodził kał przetoką i drogą naturalną a chory zdawał się być uratowanym, wkrótce jednak zaczęły się rozwijać przypady zapalenia otrzewny, która już podczas operacyi była znacznie nastrzykaną i wśród nich zakończył chory życie 9go dnia po operacyi.

32. Bazyli Remera, lat 44, djak cerkiewny. Choroba jego rozpoczęła się przed 6ma tygodniami od bólów w okolicy kątnicy, nudności, braku apetytu i czkawki. Przypady te wzmogły się w ostatnich 10 dniach aż do niedrożności jelit; przysłano go przeto z rozpoznaniem następstw przebytéj *perityphlitis* do laparotomii. Przy badaniu znalazłem u osoby wynędzniałéj, osłabionéj, z wyrazem twarzy bolesnym i z tętnem drobném, słabém: brzuch zapadnięty z żołądkiem bardzo rozdętym, z wyniosłością w zatoce prawéj biodrowéj bolesną; z brakiem stolca i wiatrów

obok bardzo obfitych wymiotów. W przypuszczeniu zapory mechanicznéj wysoko w jelicie czczém położonéj przystąpiłem, mimo bardzo niekorzystnych warunków, do laparotomii wykonywając cięcie z boku na sam guz. Po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono całe prawie jelito czcze zapadnięte, z sobą i z własną krezką świeżemi zrostami posklejane; a gdy usiłowano zrosty te rozdzielać, powstawało tak znaczne krwawienie, że widząc niemożność dalszéj pomocy zaszyłem jamę brzuszną. Smierć nastąpiła mimo to jednak dopiero w 9 dni późniéj po zupełném wycieńczeniu sił skutkiem wymiotów i niemożności odżywiania się a sekcyja wykonana w zakładzie prof. Browicza wykazała oprócz opisanych stosunków jeszcze rozległy ropień sięgający od kątnicy pod owemi pozrastanemi jelitami aż do żołądka, którego część odźwiernikowa tak była sprawą tą skurczona, iż tylna ściana żołądka jakby klapa zatykała wylot odźwiernika.

33. N. N. dziecko trzymiesięczne dobrze odżywione od kilku dni niespokojne, płacze, okazuje brzuch wzdęty i brak wiatrów i stolców; od czasu do czasu wymioty. Przywołany lekarz znalazł oprócz powyższych przypadów jeszcze wyraźny kiełbasowaty poprzecznie położony obrzęk a rozpoznawszy wgłobienie radził laparotomiję, do któréj mnie zawezwano, a którą wykonałem jeszcze tego samego wieczora, t. j. w 48 godzin od czasu wystąpienia pierwszych objawów. Zaraz po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono wgłobienie jelita biodrowego w kątnicę i to tak silne, iż zaledwie dało się odprowadzić, przyczém stwierdzono już niektóre miejsca w jelicie wydobytém bardzo podejrzane. Dziecko przetrzymało operacyję bardzo dobrze, uspokoiło się, spało, w kilka godzin miało obfity stołeczek; lecz mimo to nad ranem zaczęło zapadać i w 24 godzin po operacyi umarło. Najprawdopodobniéj ów podejrzany stan jelita wydobytego stał się przyczyną septycznego zapalenia otrzewny, o czém jednak nie mogliśmy się naocznie przekonać, gdyż rodzice nie zezwolili na sekcyję.

34 [1]). Maryjanna Stankiewiczowa, l. 48, wyrobnica przybyła na oddział 4go sierpnia 1888 twierdząc, że jest już chorą od dni czterech. Brak stolca i wiatrów, wymioty, wzdęcie brzucha kuliste z cieniującym się przez powłoki brzuszne ruchem jelit, największa bolesność i nieco zwiększony opór przy dotykaniu w zatoce biodrowéj prawéj pozwalały przypuszczać skręt w okolicy kątnicy, nie czyniły jednak rozpoznania pewném. Po otwarciu jamy brzusznéj znalazłem rzeczywiście kątnicę okręconą około swego niezwykle długiego śródjelicia. Jama brzuszna była

[1]) Przypadki od niniejszego numeru począwszy, nie były jeszcze uwzględnione w wykładzie na Zjeździe.

zaledwie kilka minut otwartą a ułożywszy należycie kątnicę i wymaczawszy nieco ciemnawéj przesączyny zamknięto ją zwykle używanym trójrzędowym szwem. Stan ogólny coraz lepszy, na 3ci dzień stolec. Z końcem trzeciego tygodnia opuściła chora zakład zupełnie zdrowa.

35. Elżbieta Janotkowa, lat 33, żona rymarza przybyła 9go sierpnia z wybitnemi przypadami niedrożności jelit (wymioty kałowe), które powoli od dni czterech się zwiększały. Przed $1\frac{1}{2}$ miesiącem była operowaną w klinice tutejszéj z powodu uwięźnięcia jelit w przepuklinie udowéj, o czém świadczy jeszcze dosyć świeża blizna, przyczém była wykonaną resekcyja pętli i pierworzędna enterorafija. W przypuszczeniu jakichś świeżych zrostów, które sprowadziły zwężenie światła jelit lub kątowe tychże zagięcie, przystąpiłem zaraz do laparotomii. Ręka wprowadzona odkryła zaraz wśród rozdętych jelit miejsce zbitsze przytwierdzone do przedniéj ściany brzusznéj nieco po lewéj stronie. Bliższe rozpatrzenie się wykazało, że jelito biodrowe w oddaleniu kilkudziesięciu cm. od kątnicy zrosło się z sobą, ze siecią i ze ścianą brzuszną, przez co powstał kłębek tak zbity, iż wcale kału nie przepuszczał. Przy usiłowaniu uwolnienia jelita z tego kłębka pokazał się w jednem miejscu kał, tak że nie pozostało nic innego, jak to miejsce wyresekować i po wypuszczeniu kału z jelita doprowadzającego zeszyć to jelito z odprowadzającém; gdy zaś różnica światła między obydwoma była bardzo znaczną, musiałem poprzednio szersze światło zwęzić. Nic więc dziwnego, że tym razem operacyja trwała 92 minut, skutkiem czego siły, i tak już nadwątlone, zaczęły się wyczerpywać. Mimo wstrzykiwań eteru i kokainu zapad był coraz silniejszy a w 20 godzin po operacyi chora umarła.

36. Józef Marchewka, lat 32, parobek z Dzikowa. Na ośm dni przed przybyciem do szpitala wepchnął sobie chory przemocą przepuklinę pachwinową prawą, którą zwykł był od lat kilku z łatwością odprowadzać i od tego czasu wystąpiły u niego objawy niedrożności jelit. U mężczyzny dosyć dobrze odżywionego, z bolesnym wyrazem na twarzy, widzieliśmy brzuch kulisto wzdęty z cieniującemi się pętlami jelit; ból tamże przy ucisku powyżéj pachwiny znacznie się powiększający; wymioty kałowe, brak wiatrów i stolca Okolica kanału pachwinowego prawego przedstawia zaklęśnięcie, tak iż moszna po stronie prawéj są lejkowato w głąb kanału wciągnięte a jądra prawego wcale domacać się nie można. Rozpoznawszy wrzekome odprowadzenie uwięźnionéj przepukliny przystąpiono natychmiast do laparotomii, przyczém znaleziono pętlę jelita biodrowego przytrzymaną w oko-

licy wewnętrznego ujścia kanału pachwinowego za pomocą taśmy zbitéj grubości małego palca Po przecięciu téj taśmy zaczął się kał natychmiast ku dołowi posuwać przez miejsce przesznurowane. Gdy worek przepuklinowy nazad do moszen odprowadzono i jądro w swojém miejscu ułożono, wykonałem doszczętną operacyję przepukliny przez wycięcie całego worka wraz z jądrem, przyczém się pokazało, że owa taśma przebiegała od jednéj ściany worka przepuklinowego do drugiéj i była właściwą przyczyną uwięźnięcia w nim jelita. W kilka godzin po operacyi oddał pacyjent kilka stolców, po których czuł się bardzo dobrze a stan ten polepszał się z każdym dniem tak, że odejmując w dniu piątym szwy płytkowe uważałem go za uratowanego.

37. U tego samego chorego występuje szóstego dnia po operacyi nagle ból w brzuchu, tenże wzdyma się ponownie, chociaż był już zupełnie opadł, wymioty i zaparcie wiatrów. Rozstrzygnięcie, czy w obecnym przypadku miałem przed sobą zapalenie otrzewny, czy téż powtórzenie się mechanicznéj niedrożności jelita, nie było tak łatwém; na podstawie jednak, że sprawa wystąpiła dosyć ostro, że bolesność ograniczała się wybitnie do prawego dolnego odcinka brzucha, dalej że pętle jelitowe wybitnie się przez powłoki brzuszne rysowały, przechyliłem się do tego ostatniego rozpoznania i na téj podstawie przystąpiłem w ośm dni po pierwszéj do drugiéj laparotomii, któréj cięcie wykonać musiałem z boku, gdyż poprzednie środkowe rozeszło się aż do szwu otrzewnowego i z powodu nieaseptyczności tym razem do otwarcia jamy brzusznéj użytém być nie mogło. Po wydobyciu jednéj części bardzo rozszerzonych jelit odnalazłem skręt tychże tuż ponad kątnicą, która nadto mając bardzo długą krezkę przesuniętą była ku wewnątrz a jelita wsunięte w uchyłek podkrezkowy. Po wyprostowaniu skrętu zaczął się zaraz kał posuwać ku dołowi i wypełnił zapadniętą kątnicę; mimo to nie dały się jelita nazad wprowadzić do jamy brzusznéj, dla tego naciąłem je poprzecznie w jedném miejscu w szerokości 3cm. wypuściłem gazy i kału około $1^1/_2$ litra a zaszywszy ranę zwykłym sposobem odprowadziłem z łatwością opadnięte jelita do jamy brzusznéj. Odtąd stan chorego znacznie się poprawił; wymioty ustąpiły, stolce regularne, siły bardzo nadwątlone zaczęły przybywać. Zapomniałem uwydatnić, że otrzewna tak jelitowa jak i ścienna była już widocznie nastrzykaną a jelita w kilku miejscach z sobą posklejane. Rzecz naturalna, że wśród tych warunków rany w ścianie brzusznej goiły się *per secundam*, przyczém osobny szew na otrzewnę nakładany w tym przypadku wyświadczył mi po dwakroć zna-

komite usługi. Gdy to piszę, upłynęło 14 dni od powtórnéj laparotomii a pacyjent jest już na wygojeniu [1]).

38. Teodor Ludzański, lat 36, szewc ze Lwowa. Od lat dwóch cierpi i leczy się na dolegliwości żołądkowe objawiające się napadami co kilkanaście dni powracającemi a na nudnościach, wymiotach, bólach i kurczach polegającemi. Gdy przez te dwa lata bądźto w różnych szpitalach, bądź prywatnie się leczył a przeważnie bezskutecznie, przeto zgodził się chętnie na proponowaną sobie operacyję, która miała na celu usunąć guz ruchomy wielkości małéj pięści między pępkiem a prawą przednią ością biodrową położony, miernie bolesny, a przez jednych za nerkę wędrującą, przez innych zaś za raka odźwiernika uważany. Dnia 28 sierpnia 1888 otworzyłem jamę brzuszną cięciem na 10cm. długiém na sam guz po prawéj stronie poprowadzoném a wydobywszy go przekonałem się, że utworzonym on jest przez kątnicę o ścianach bardzo zgrubiałych (*typhlitis chronica*) i śródjeliciu bardzo wydłużoném. Po lekkiém kilkorazowém wymięsieniu tego guza odprowadziłem go nazad do jamy brzusznéj, którą natychmiast zaszyłem. Jakkolwiek cała operacyja miała na celu jedynie rozpoznanie a dopiero w razie możności usunięcie guza, mimo to czuje się ten chory od tego czasu znacznie zdrowszym.

Tak więc przypada u mnie w 38 przypadkach dokonanych na 36 osobach 23 razy zejście śmiertelne a 15 razy zupełne wyleczenie, czyli że śmiertelność wynosi 60·5%. Odpowiada to mniéj lub więcéj statystyce zestawionéj przez Schramma, gdzie śmiertelność ze wszystkich tam zebranych przypadków wynosi 64·2% a z przypadków wykonanych w czasach antiseptyki 58%. Między temi cyframi zachodzi tylko ta różnica, że moja daje z pewnością prawdziwy obraz działalności jednego zakładu i jednego operatora, z czego dalsze wnioski są zupełnie usprawiedliwione, podczas gdy tamte przypadki nie dają téj pewności, gdyż zebrane są z literatury, do któréj niejednokrotnie dostają się tylko przypadki dodatnie, tak że mój odsetek śmiertelności uważać należy stanowczo za postęp osiągnięty na téj drodze.

---

[1]) Rzecz osobliwsza, że badając chorego po wygojeniu znalazłem obydwa jądra w swojém miejscu, co sobie tylko w ten sposób wyjaśniam, że tutaj musiał być szczególniejszy przypadek jądra dodatkowego.

A postęp ten zapowiada się na przyszłość jeszcze znaczniejszym, jak to bliższe rozpatrzenie się w moich przypadkach poucza. I tak, jeżeli sobie podzielimy te przypadki na dwie równe połowy po 19, to w pierwszéj połowie otrzymamy 13 przypadków śmierci czyli 67·8% a w drugiéj połowie już tylko 10 czyli 52·6%. A gdybyśmy w tém zestawieniu wyrzucili tych siedm przypadków rozpaczliwych, w których, że się tak wyrażę, tylko dla próby jeszcze wykonano laparotomiję, a w których na przyszłość nigdybym się o nią nie pokusił, to otrzymalibyśmy na 31 przypadków 16 razy śmierć, czyli 51%; podmiotowe zaś moje przekonanie mówi mi, że przy lepszym doborze i przy wzrastającéj wprawie technicznéj osiągnąć będziemy mogli odsetek znacznie poniżéj 50ciu, co w obec absolutnéj prawie śmiertelności tych przypadków za bardzo wielką poczytać należy korzyść.

Lepszy zaś dobór odbywać się może tylko na podstawie lepszego rozpoznawania a gdy ono oparte na samych symptomatach przynajmniéj w jednéj połowie przypadków, jak to moja statystyka poucza, nie sprawdza się, przeto nie pozostaje mi nic innego jak pozostać przy mojém przed kilkoma laty wypowiedzianém zdaniu, że należy zadowalać się ogólném rozpoznaniem niedrożności jelit a rozstrzygnięcie szczegółów należy pozostawić laparotomii próbnéj, która dopiero o dalszych postanowieniach i losach orzekać powinna. Ona bowiem jedynie pozwala nam na wczesne rozpatrzenie się w stosunkach i na zastósowanie odpowiedniego leczenia, t. j. doszczętnego usunięcia mechanicznéj przeszkody, założenia sztucznéj odbytnicy lub wreszcie odstąpienia od wszelkich usiłowań bezowocnych.

Rozpatrzmy się w moich przypadkach, czy one usprawiedliwiają to twierdzenie.

1. Ani razu nie zrobiłem laparotomii niepotrzebnie, nawet w ostatnim przypadku nie uważam jéj za zbyteczną, jakkolwiek była tam ona w całém tego słowa znaczeniu dyjagnostyczną, gdyż posłużyła jedynie do stwierdzenia choroby niedającéj się na pewno rozpoznać przez powłoki

brzuszne. Ztąd téż obawa, aby bez potrzeby nie otwierać jamy brzusznéj, jest przesadzoną.

2. Z drugiéj zaś strony tylko jeden przypadek zakończył się śmiercią w skutku saméj operacyi (Nr. 15) i to nie laparotomii lecz obok niéj wykonanéj resekcyi jelita; zkąd znowu wniosek słuszny, że nawet w ciężkich warunkach odbyta laparotomija nie jest tak niebezpieczną operacyją, naturalnie jeżeli się ją wykonywa z zachowaniem wszystkich przepisów antiseptyki a cóż dopiero mówić o laparotomii wykonanéj w warunkach dobrych. t. j. tam, gdzie otrzewna nie doznała jeszcze zadrażnienia. Najlepszym tego dowodem jest Nr. 38, gdzie chory przebył operacyję bez wszelkiego odczynu, jakby jaki drobny zabieg operacyjny na skórze ręki lub nogi, oraz tak rzadki zbieg okoliczności jak w Nrach 36 i 37, gdzie na jednym i tym samym chorym zmuszony byłem w przeciągu tygodnia dwa razy wykonać laparotomiję z różnych powodów a mimo to zabiegi te uwieńczone zostały dodatnim skutkiem.

3. We wszystkich przypadkach powyższych silono się na rozpoznanie dokładne, t. j. oznaczenie rodzaju zapory i miejsca, w którém ona się znajduje, a mimo to blisko w połowie tychże rozpoznanie to nie zgadzało się w jednym lub drugim punkcie, gdyśmy otworzyli jamę brzuszną. Jestem najsilniej przekonanym, że z tych dziewięciu przypadków, po bardzo późno dokonanéj laparotomii śmiercią zakończonych, byłoby jeszcze kilka uratowanych, gdyby się było zamiast tracenia czasu nad rozpoznaniem w pierwszych 24 godzinach przystąpiło do laparotomii rozpoznawczéj a względnie i leczniczéj.

Broniąc mego twierdzenia muszę zarazem odpowiedzieć na zarzuty, które przeciw laparotomii w niedrożności jelit w ogóle a szczegółowo przeciw wcześnie wykonywanéj laparotomii podnosili i jeszcze podnoszą tak lekarze chorób wewnętrznych jako i nawet specyjaliści chirurdzy.

Już to pierwszym trzeba w zupełności przyznać, że nie rzadko udaje się i środkami wewnętrznie stósowanemi niedrożność usunąć. Według mego przekonania dozwoloném to

być powinno tylko w przypadkach z przebiegiem łagodnym i powolnym, ale i tu nie należy prób robić zbyt długo, aby nie stracić najlepszego czasu do przedsięwzięcia operacyi. W ostrych przypadkach nie powinno się przekroczyć pierwszych 24 godzin w czekaniu, w chronicznych można pójść i nieco po za 48 godzin, chociaż wolałbym wcześniéj operować w drugich niż za późno w pierwszych. Co do chronicznych uczyniłbym jeszcze tę uwagę, że w przeważnéj ich liczbie poprzedzały już napady niedrożności, które albo ustąpiły same, albo téż pod wpływem środków czyszczących. Długie kuszenie się o zniesienie tutaj niedrożności środkami wewnętrznemi nie ma więc wielkiéj racyi bytu, bo chociażby się to i tym razem udało, to głównéj przyczyny i tak nie usuwamy a nie wiemy, czy przy najbliższym napadzie nie nastąpią jakie komplikacyje, któreby wynik operacyi kompromitowały. Dlatego wolę raczéj wcześnie przystąpić do operacyi, niż cieszyć się problematycznym skutkiem środka czyszczącego i zgadzam się nawet z trochę paradoksalnie brzmiącém zdaniem Credégo, aby ciężkie chroniczne kolki brzuszne leczyć za pomocą laparotomii, gdyż one najczęściéj polegają na zmianach mechanicznych.

Nie wszystkie jednak środki wewnętrznie używane są znów tak obojętne, sprawiają one bowiem przekrwienie otrzewny i tém samém przyspieszają jéj zapalenie, które staje się następnie najgorszym czynnikiem psującym efekt laparotomii. Nie wiele lepiéj ma się rzecz z manipulacyjami mającemi na celu wypróżnienie jelit i kiszek, gdyż albo one nie prowadzą do celu, albo częstokroć sprowadzają chwilową ulgę, która może stać się przyczyną opóźnienia operacyi. Nadto przestrzedz muszę przed stosowaniem zanadto gwałtownych lawatyw, jak np. z proszków burzących lub z wody sodowéj; w jednym bowiem przypadku miałem sposobność postrzegania odmy podskórnéj, która wystąpiła bezpośrednio po zastósowaniu tego rodzaju lawatywy.

Stanowczo zgadzam się na wyczekiwanie tam, gdzie rozpoznać możemy niedrożność funkcyjonalną powstałą najczęściéj w następstwie zapalenia jakiegoś pojedynczego trzewa,

jak np. kątnicy (*peri et paratyphlitis*), macicy, jajnika ltp. Ja sam rozporządzam już szeregiem 12 przypadków, w których wezwany do narady, czy przedsięwziąć operacyję, zadecydowałem leczenie wyczekujące; z nich trzy zakończyły się śmiertelnie. W tego rodzaju przypadkach polecam za radą angielskich lekarzy morfin podskórnie a beladonę wewnętrznie, tę ostatnią w małych lecz często się powtarzających dawkach (1cgm. co 2 godziny). Co do chirurgów, którzy jeszcze obecnie zalecają jako główną metodę enterostomiję, a laparotomiję tylko w pewnych nader korzystnych przypadkach, to tyle mam do nadmienienia, że ja wcale enterostomii nie odrzucam, przeciwnie nawet ją kilkakrotnie sam wykonałem, lecz na podstawie mego doświadczenia polecam ją nie jako główne postępowanie w przypadkach niedrożności jelit a raczéj jako *ultimum remedium* tam, gdzie przyczyna usunąć się nie da bądźto dla warunków miejscowych, jak np. bardzo rozszerzony nowotwór, bądźto dla okoliczności natury ogólnéj, jak np. brak sił u chorego. W ten sposób wykonaną enterostomiję nazywam racyjonalną, albowiem wykonywam ją zmuszony okolicznościami i w miejscu najodpowiedniejszém, podczas gdy enterostomija wykonana bez poprzedniéj laparotomii zawsze będzie operacyją przypadkową, albowiem w pierwszém lepszém miejscu jelita, które nam się w ranie pokazało. Laparotomija jako taka z pewnością nie przyczyni się do powiększenia śmiertelności, tylko usiłowania usunięcia stosunków wywołujących niedrożność; dla tego powinno się wykonać laparotomiję celem rozpatrzenia się w tych stosunkach, a jeżeli siły chorego są dostateczne i jest nadzieja szybkiego usunięcia przeszkód, to byłoby naganném tego nie uczynić, w przeciwnym zaś razie należy założyć odbytnicę sztuczną w miejscu najodpowiedniejszém. Osobliwie dobrze obliczać się należy z siłami chorego tam, gdzie wypadnie robić kolistą resekcyję jelita z następową enterorafiją; jestto bowiem operacyja długa i żmudna. Doświadczenie moje poczyło mnie, że gdybym był w przypadkach Nr. 22, 23 i 26, zamiast zabrania się do usuwania przyczyn tamujących drożność jelita, założył sztuczny odbyt,

byłbym wiele przypadków, w których przez laparotomiję osiągnąłem wyleczenie, naraził na powtórną operacyję a może nawet i na śmierć, bo przecież i enterostomija częstokroć pociąga za sobą zejście śmiertelne, a wcale już ochronić nie może od śmierci przypadku, gdzie pętla jelitowa uwięźniętą jest wewnątrz jamy brzusznéj.

Tak więc oparty na własném obfitém doświadczeniu wyrobiłem sobie, jak na teraz, następujące normalne postępowanie, które bardzo ułatwia rozpatrzenie się i rozstrzyganie w pewnym danym przypadku, co témbardziéj jest pożądaném, ile że te przypadki wydarzają się najczęściéj jako prawie nagłe, wymagające szybkiéj pomocy.

Przedewszystkiém kładę wielką wagę na wywiady, bo przez nie stwierdzić mamy następujące ważne rzeczy:

1. Jak dawno trwa obecne cierpienie?

2. Czy ono rozpoczęło się zwolna czy nagle?

3. Czy stan taki występuje po pierwszy raz lub czy téż się już powtarzał?

4. Czy nie było chorób do tego usposabiających a przed innemi czy nie było duru brzusznego, zapaleń otrzewny, jelit itp.

5. Czy nie było przyczyn bezpośrednich, jak np. uderzenia, gwałtownego przeziębienia, objedzenia rzeczami trudno strawnemi lub wreszcie czy nie była odprowadzoną przepuklina?

6. Czy są w ogóle bóle, a jeżeli są, to jakiego rodzaju?

7. U kobiet nadto: jak się zachowuje regularność i czy nie ma ciąży?

Wprawdzie wydarzają się przypadki, w których wszystkie pozory będą przemawiać za sprawą nagłą a znajdziemy chroniczną lub odwrotnie, jak to nas najlepiéj poucza przypadek opisany pod Nrem 27ym, wyjaśnienia jednak otrzymane na powyższe pytania nadadzą w bardzo wielu przypadkach kierunek tokowi myśli i przyczynić się mogą niepospolicie do rozpoznania, które przeważnie opierać się winno na badaniu fizycznêm.

To ostatnie powinno obok stwierdzenia

8. stanu sił chorego i obecności lub nie podwyższenia temperatury ciała stwierdzić:

9. kształt brzucha i stopień jego wzdęcia. Kształt kulisty przemawia więcéj za niedrożnością powyżéj kątnicy, kształt zaś więcéj czworoboczny za przeszkodą w dolnym odcinku kiszek grubych. Wielkie wzdęcie każe przypuszczać sprawę nagle i ostro przebiegającą; mniejsze zaś chroniczną.

10. Wybitne cieniowanie się rozdętych jelit przez powłoki brzuszne powinno zwracać uwagę na to, że jest jakaś mechaniczna przeszkoda; objawu tego nie spostrzegamy najczęściéj, jeżeli niedrożność jest funkcyjonalna.

11. Dokładne wymacywanie i wypukiwanie brzucha jest bardzo ważném, gdyż wyszukanie guza bolesnego może nadzwyczaj ułatwić rozpoznanie.

12. Wymioty są tylko tak jak i brak stolca i wiatrów objawem niedrożności jelit w ogólności, nie dały mi jednak nigdy sposobności do rozstrzygnięcia w niepewnych przypadkach nad to, że bardzo częste wymioty świadczą o wysoko położonéj przeszkodzie.

13. Brak lub bardzo skąpa ilość moczu naprowadzać powinny na możebność zapalenia otrzewny.

14. Badanie palcem kiszki stolcowéj dać może czasem bardzo pożyteczne wskazówki.

W ten sposób postępując możemy zaledwie w jednéj trzeciéj części przypadków rozpoznawać na pewno, w dwóch innych zaś będziemy niezdecydowani, czy mamy przed sobą tego lub innego rodzaju niedrożność, albo czy przeszkoda znajduje się w tém lub owém miejscu, ba nawet czy w ogólności przypady te wywołane są rzeczywistą niedrożnością jelita albo tylko stanem porażennym ich ścian.

W takichto przypadkach radzę postępować jak następuje: Ponieważ długa obserwacyja mało kiedy przyczynia się do rozjaśnienia a najczęściéj prowadzi do straty kosztownego czasu, radzę jak najprędzéj przystąpić do laparotomii rozpoznawczéj. W tym celu rozcinam warstwowo ścianę brzuszną w linii białéj tyle tylko, aby zaledwie przesunąć można

było rękę prawą a więc na 8—10cm. Cięcia w innêm miejscu wskazane są tylko tam, gdzie rozpoznanie jest pewnêm tak co do rodzaju niedrożności, jakoteż i jéj umiejscowienia.

Szukanie przeszkody powinno się odbywać z wielką oględnością a to dla tego, że między przyczynami niedrożności dosyć częstą odgrywa rolę przebicie się wrzodu jelita do worka otrzewnowego, które nie zawsze wywołuje zapalenie ogólne, lecz czasem tylko ograniczone; wypuszczenie zatêm wypociny ropnéj otorbionéj do reszty worka otrzewnowego byłoby zgubnêm. W poszukiwaniach tych powinniśmy się zwracać ku obydwom najczęstszym siedzibom niedrożności, t. j. do kiszki esowatéj i do kątnicy starając się wyczuć, czy w pobliżu nich nie znajdziemy jakiegoś niezwykłego oporu; po drodze zaś staramy się odszukać jelito zapadnięte, t. j. poniżéj przeszkody leżące. Po niêm posuwamy się ku górze aż do miejsca, gdzie jelito jest rozszerzone a w têm miejscu znajdziemy przeszkodę.

Wszystko to da się względnie łatwo wykonać, jeżeli jelita nie są powyżéj przeszkody za nadto rozszerzone, w takim bowiem razie trzeba jednę ich część wydobyć na zewnątrz, co znowu utrudnia wprowadzenie ich napowrót do jamy brzusznéj. W takim razie najlepiéj jest naciąć jelito na zewnątrz dobrze wydobyte w poprzek, wypuścić gazy i kał do podstawionéj tacki a zaszywszy je i oczyściwszy nazad wprowadzić do jamy brzusznéj.

Tak odszukaną przeszkodę rozpatrujemy celem ocenienia, czy ona da się w ogóle usunąć a jeżeli tak, to znowu czy łatwo. W ostatnim razie wykonywamy to od razu, aby nie tracić czasu, w przeciwnym razie zastanawiamy się, czy siły chorego wystarczają na zabieg dłuższy, jak np. resekcyję kolistą jelita z następową enterorafiją. Jeżeli nie lub jeżeli wcale niemożebną jest rzeczą przeszkodę usunąć, zakładamy sztuczną odbytnicę nacinając jelito tuż nad przeszkodą i przyszywając brzegi rany jelitowéj do brzegów rany brzusznéj.

W razie gdyby po otwarciu jamy brzusznéj pokazało się wybitne zapalenie otrzewny, to należy nam się zastanowić,

czy ono jest samoistném, czy téż następowém, t. j. że przystąpiło albo do jakiéjś przeszkody mechaniczné tamującéj krążenie kału w jelitach, albo do wrzodu, który się przebił do jamy brzusznéj. W pierwszym razie trzeba się starać jak najprędzéj operacyję ukończyć, gdyż chorzy bywają w skutku zapalenia otrzewny bardzo osłabieni; tylko łatwe przeszkody usuwa się doszczętnie, trudniejsze pozostawia się *ad feliciora tempora* zakładając tymczasowo sztuczną odbytnicę. W drugim razie trzeba koniecznie odszukać otwór w jelicie, odświeżyć jego brzegi i zaszyć a dopiero należycie otrzewnę oczyścić. W tym ostatnim celu jak w ogóle do manipulacyj wśród jamy brzusznéj używam 3% rozczynu kw. borowego nieco ogrzanego.

Sposób zamknięcia jamy brzusznéj nie jest tak obojętnym. Ja zaszywam otrzewnę ścienną osobnym szwem kuśnierskim z katgutu, następnie zbliżam mięśnie brzuszne za pomocą szwów płytkowych a w końcu zaszywam skórę kilkoma szwami węzełkowemi z mocnego jedwabiu. Sposobowi temu, który oddziela mi zupełnie jamę otrzewnową od jamy zewnętrznéj, zawdzięczam uratowanie kilku chorych; a już najdobitniéj pokazało się to w owym słynnym przypadku podwójnéj laparotomii (Nr. 36 i 37), gdzie pomimo nagromadzenia cuchnącéj ropy w ranie brzusznéj nic zakaźnego nie dostało się do jamy otrzewnowéj. Największy jednak nacisk kładę na przestrzeganie jak najściślejsze prawideł antiseptyki, dla tego téż sądzę, że operacyje takie najlepiéj udają się w dobrze urządzonych zakładach, gdzie sala utrzymywaną w stanie aseptycznym, asystenci wyćwiczeni i z metodą obznajomieni, posługa w zasadach aseptyki wytresowana. Tylko w bardzo zamożnych domach można sobie warunki takie w przybliżeniu na razie stworzyć, mniéj zamożnych a nawet średnio zamożnych powinniśmy się starać operować w zakładach. Zarzut czyniony, że zakłady te nieraz są zanadto oddalone, staje się bezpodstawnym w obec mojéj statystyki, która wykazuje, że właśnie najlepiéj zakończone przypadki jak Nr. 1, 16, 17 i 36 sprowadzone były do zakładu o mil 30, 40 a nawet 60.

W końcu pozostaje mi jeszcze dodać, że w tych przypadkach, w których dla różnych przyczyn nie możemy resekować jelita na rozległéj przestrzeni zwężonego, byłoby o wiele korzystniéj, zamiast założenia sztucznéj odbytnicy powyżéj tego miejsca połączyć jelito powyżéj położone z kiszką poniżéj położoną a przez to wykluczyć zupełnie miejsce zwężone tak, jak to opisuje Hacker w Nrze 17 i 18 *Wien. klin. Woch.*, z b. r. pod nazwą entero-enterostomii lub enteroanastomozy. W ten sposób postępując mógłbym był w przypadkach opisanych pod Nrem 24 i 30ym uniknąć enterostomii a w 21szym zadosyćuczynić wskazaniu. Tak więc i ta okoliczność przemawia za laparotomiją próbną, gdyż tylko ona umożebnia bliższe rozpatrzenie się w tych szczegółach, których przed operacyją przewidzieć nie możemy.